FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904 — THÈSE — N° 94

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 8 Décembre 1904, à 1 heur

PAR

Louis OLLIVIER

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LES

LUXATIONS DE L'APPENDICE XIPHOÏD

au sujet d'un cas de Luxation irréductible traité par la Résection

Président : M. BERGER, *professeur*

Juges : MM. POZZI, *professeur*
FAURE et AUVRAY, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les divers parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TILLAUX. TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef des travaux anat)
BROCA (André)	GOUGET	MAILLARD	
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage d'affection filiale.

A MES SŒURS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Chirurgien des hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LES

LUXATIONS DE L'APPENDICE XIPHOIDE

au sujet d'un cas de Luxation irréductible traité par la Résection

---

INTRODUCTION

Notre attention a été attirée par une observation de résection de l'appendice xiphoïde pour luxation, pratiquée par M. le Dr Civel de Brest. Cette observation est rapportée au dernier chapitre.

Nous avons examiné à ce propos les traités classiques et les différents périodiques. Les observations de luxation sont rares, nous avons résolu d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous étudierons dans un premier chapitre l'anatomie de l'appendice et la région xiphoïdienne. L'his-

torique de la question nous paraît mériter ensuite de faire l'objet d'un deuxième chapitre spécial.

L'étiologie sera étudiée dans un troisième chapitre.

Les symptômes et le diagnostic seront ensuite passés en revue : nous terminerons par les différents modes de traitement.

CHAPITRE I

La région xiphoïdienne.

Nous croyons bon de rappeler l'anatomie de la région avant d'entreprendre l'étude des traumatismes auxquels elle peut être soumise.

Nous décrirons donc d'abord la charpente, c'est-à-dire l'appendice xiphoïde en tant que segment osseux et ses articulations.

Cette portion du sternum est reliée au corps de l'os par un pédicule plus ou moins étroit. Le sommet de l'appendice est toujours cartilagineux.

La forme et la direction en sont variables : il peut être ovalaire, triangulaire, bifide, dévié à gauche ou à droite, recourbé en avant ou en arrière. Sa longueur peut être variable, et ne cite-t-on pas dans tous les traités l'observation classique de Desault où l'appendice xiphoïde descendait jusqu'à l'ombilic. On le trouve parfois percé d'un trou à sa base ou à sa partie centrale. C'est le trou xiphoïdien.

Rappelons pour en finir avec l'ostéologie que la pointe, épaisse à sa base de 2 à 3 millimètres, s'effile

vers son sommet. Enfin des anomalies peuvent se rencontrer.

Rocchini (*Ann. d'obstétrique et de gynécologie*, 1895) a signalé un appendice xiphoïde fendu en fourchette, véritable fissure de l'appendice. Henle rapporte un cas où la pointe du sternum était représentée par un mince anneau cartilagineux.

Articulations. — L'appendice xiphoïde primitivement cartilagineux s'ossifie assez tard. Lorsque l'ossification est complète, c'est-à-dire vers cinquante ou soixante ans, l'appendice est soudé au corps du sternum.

Chez l'adulte une mince lame cartilagineuse subsiste créant ainsi une synchondrose.

Mais en outre, par ses bords, l'appendice xiphoïde s'articule avec les septième et huitième cartilages costaux : rappelons pour mémoire que du côté de ces cartilages nous trouvons une tête anguleuse formée de deux versants séparés par une crête ; cette tête est reçue dans des échancrures et un fibro-cartilage mince revêt les facettes articulaires.

Les moyens d'union sont représentés par une capsule que viennent renforcer des ligaments.

On distingue un *ligament rayonné antérieur*, le plus résistant, formé de faisceaux qui divergent de l'angle cartilagineux vers le pourtour de la dépression sternale : les fibres supérieures et inférieures s'entrecroisent avec celles des ligaments voisins ; les fibres moyennes vont s'entrecroiser sur la ligne médiane avec les ligaments du côté opposé. Sur la face postérieure des articulations chondro-sternales on trouve aussi quelques trousseaux fibreux passant du cartilage

sur le sternum et s'entrecroisant avec les faisceaux verticaux du périoste : ces ligaments ne sont jamais assez résistants pour mériter le nom de ligament rayonné postérieur. C'est l'opinion de Sappey reprise par M. le professeur Poirier. Enfin, on distingue un *ligament intra-articulaire* : c'est une lame fibro-cartilagineuse qui s'étend de la crête costale au cartilage qui forme le fond de l'échancrure costale ; il divise ainsi la cavité articulaire en deux chambres, l'une supérieure, l'autre inférieure ; ce ligament est plus ou moins épais, par suite, les cavités articulaires qu'il sépare sont plus ou moins grandes ; souvent les deux cavités sont inégales et l'une d'elles peut même disparaître ; parfois le ligament est incomplet et n'est plus représenté que par de minces tractus, parfois au contraire, il s'élargit et comble l'interligne.

Remarquons qu'au niveau du septième cartilage costal la forme anguleuse du cartilage a disparu, les contours sont arrondis, et enfin, on a pu décrire comme appartenant à l'articulation du septième cartilage costal quelques trousseaux fibreux : les ligaments costo-xiphoïdiens qui descendent obliquement de l'extrémité sternale du septième cartilage costal sur la face antérieure de l'appendice xiphoïde où les fibres internes s'entrecroisent avec celles du côté opposé.

Il n'est point très rare de voir les deux dernières côtes passer au-devant de l'appendice xiphoïde et venir s'articuler entre elles sur la ligne médiane. Enfin les facettes articulaires des deux dernières côtes sternales peuvent se rapprocher au point de repousser en bas l'appendice xiphoïde dont la base s'attache alors au bord inférieur des cartilages costaux.

Rapports. — *En avant.* Les connexions de l'appendice xiphoïde avec les organes avoisinants sont peu importants. Sous la peau, dans le tissu cellulaire sous-cutané on peut trouver une bourse séreuse (Hyrtl), mais on rencontre aussi des plans fibreux.

La bourse séreuse appelée bourse muqueuse préxiphoïdienne est une bourse sèche sans endothélium.

Le plan tendineux est représenté par la ligne blanche : celle-ci s'insère, non à la pointe de l'appendice, mais à la face antérieure. Cette partie de la ligne blanche est rubanée, elle est renforcée par des fibres longitudinales représentées par un faisceau xiphoïdien large de quelques millimètres qui descend de la face antérieure de l'appendice et s'irradie dans le raphé.

Les vaisseaux, les nerfs que nous trouvons dans cette région sont peu importants.

Les artères sont représentées par les branches perforantes de la mammaire interne, dans certains cas, elles peuvent s'anastomoser en plexus (Cruveilhier) et s'anastomoser avec des branches de l'intercostale.

Les veines de la région sont considérées comme des affluents de la veine saphène interne.

L'innervation, uniquement sensitive, est fournie par les branches antérieures des septième et huitième nerfs intercostaux, et Head ayant pu arriver à déterminer les champs cutanés des nerfs du tronc a reconnu que la région xiphoïdienne répondait à la sixième zone sous-scapulo-xiphoïdienne ayant la forme d'une ceinture assez régulière allant de la sixième dorsale à l'angle xiphoïdien et encore à la septième zone épigastrique.

Cette septième zone a son origine dans l'espace

compris entre la septième et la neuvième apophyse épineuse, elle s'étend transversalement à cinq centimètres au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate et se termine en recouvrant le huitième espace intercostal à deux travers au-dessous de l'appendice xiphoïde.

Latéralement l'appendice xiphoïde répond de chaque côté au muscle grand droit de l'abdomen ; il semble lorsque l'on dissèque cette région qu'il y ait là une sorte de contrefort destiné à protéger l'appendice contre les chocs et les pressions latérales.

Le muscle s'insère d'une part à l'extrémité de la cinquième côte et au bord inférieur de la moitié externe de son cartilage, puis par une languette plus petite à la face externe du cartilage de la sixième côte, à la face externe et au bord inférieur du cartilage de la septième côte ; ce ne sont là que des rapports médiats. Plus immédiats sont les rapports entre le faisceau interne du grand droit et l'appendice xyphoïde, il y a un faisceau charnu toujours très développé prenant attache aux bords de l'appendice xyphoïde et au ligament costo-xyphoïdien. Nous ne parlerons que pour mémoire de la gaîne du grand droit de l'abdomen; rappelons qu'elle est formée par un feuillet, continuation de l'aponévrose du grand oblique, et le feuillet antérieur de l'aponévrose du petit oblique. Le feuillet postérieur fait défaut dans la portion préthoracique du muscle.

En arrière. — En allant de haut en bas, nous voyons naître à la base de l'appendice les fibres de la portion sternale du diaphragme, ces fibres naissent par de courtes fibres aponévrotiques et vont se terminer sur

la partie antérieure de la foliole médiane. Elles se groupent ordinairement de façon à former deux petits faisceaux charnus séparés sur la ligne médiane par un interstice celluleux ; parfois cet interstice fait défaut et la portion sternale représente un plan charnu indivis ; ordinairement la portion sternale est séparée de la portion costale par un interstice assez large : *la fente de Larrey*. Cet interstice est souvent comblé en partie par un petit faisceau qui se détache de la face postérieure de l'aponévrose antérieure du muscle transverse ; souvent, d'après Theile, ce petit faisceau n'atteindrait pas le centre phrénique et se fixerait sur le péritoine.

Par suite de l'existence de ces faisceaux musculaires on ne peut pas dire qu'il y ait rapport entre l'appendice xiphoïde et le péricarde : la portion fibreuse de la séreuse au niveau de sa base adhère, en effet, à la foliole antérieure du centre phrénique et s'étend un peu latéralement sur les folioles droite et gauche.

Il y a rapport avec une dépendance du péricarde ; je veux parler des ligaments xipho-péricardiques ou ligaments inférieurs. Ce sont des ligaments triangulaires naissant à la base de l'appendice xiphoïde, contractant quelques adhérences avec le diaphragme et se terminant sur la portion inférieure de la face antérieure du péricarde au voisinage de la ligne médiane, suspenseur du péricarde dans le décubitus dorsal.

Enfin, nous trouvons des vaisseaux artériels et veineux, des ganglions lymphatiques, des filets nerveux. L'artère de la région est la branche interne née de la bifurcation de la mammaire interne, elle est exactement aux limites de la face postérieure de l'appendice

xiphoïde passant dans l'interstice celluleux qui sépare les faisceaux sternaux des faisceaux costaux du diaphragme et pénètre dans la gaîne du muscle droit ; avant de pénétrer dans cette gaîne, elle émet un petit rameau qui se dirige transversalement en dedans, soit en avant, soit en arrière de l'appendice xiphoïde et s'anastomose au niveau de la ligne médiane avec un rameau analogue du côté opposé.

Presque toujours l'artère est accompagnée de deux veines formant plexus et masquant le tronc artériel. Delorme et Mignon pensent que la largeur de ce paquet vasculo-nerveux peut dépasser 1 centimètre.

Il n'y a pas à proprement parler de rapports immédiats avec les ganglions lymphatiques : en effet, ceux-ci répondant aux faisceaux charnus antérieurs du diaphragme sont en avant de la foliole antérieure du centre phrénique.

Ils sont formés par trois amas distincts : un médian et deux latéraux ; seul le groupe médian nous intéresse, il comprend deux à trois ganglions placés immédiatement en arrière de la base de l'appendice xiphoïde : ce sont les ganglions sus-xiphoïdiens de Sappey.

Signalons le voisinage des rameaux terminaux du phrénique droit, qui atteignant en avant l'interstice qui sépare les faisceaux sternaux des faisceaux costaux du diaphragme, s'insinuent dans cet interstice ; ils vont au péritoine pariétal de la région abdominale antérieure où l'on a pu les suivre jusqu'à l'ombilic.

On avait admis autrefois les rapports de la région xiphoïdienne avec les culs-de-sac pleuraux antérieurs.

C'est là un point absolument inexact depuis les travaux de Farabeuf. Delorme et Mignon pensent qu'à droite la séreuse abandonne le sternum au niveau de l'extrémité sternale du sixième espace, la plèvre gauche commençant à s'en écarter beaucoup plus haut au niveau de la cinquième côte.

Tout ce que l'on peut dire, c'est que la base de l'appendice xiphoïde répond à la base du triangle médiastinal inférieur.

Les rapports avec le péritoine sont plus faciles à saisir. L'appendice xiphoïde est tapissé par le péritoine pariétal, en arrière duquel nous trouverions le ligament suspenseur du foie qui dans la situation normale est en quelque sorte couché sur la face supérieure convexe de cet organe.

Rapports avec les viscères. — Ce sont des rapports avec le foie; nous nous contenterons de rappeler qu'en général le foie remplit sur la ligne médiane le tiers supérieur de l'espace qui sépare l'appendice xiphoïde de l'ombilic, soit deux ou trois travers de doigt; il y a toutefois d'assez notables variations, souvent le creux épigastrique est entièrement occupé par l'estomac et le côlon transverse dilatés, ce sont là des faits à retenir. Mais encore le bord antérieur ou bord tranchant taillé en biseau s'élève obliquement de droite à gauche le long du rebord costal, puis traverse l'épigastre de l'extrémité de la septième ou huitième côte droite à celle de la septième côte gauche. L'échancrure ombilicale est à 6 ou 8 centimètres de l'appendice xiphoïde, la vésicule biliaire en est à 8 ou 12 centimètres.

Développement. — Architecture de l'appendice

xiphoïde. — L'appendice ne présente d'ordinaire qu'un seul point d'ossification occupant sa base, quelquefois on en trouve un deuxième au-dessous du précédent.

Unique ou double, ce point apparaît vers la fin de la troisième année, quelquefois plus tard, à 10 et même à 20 ans.

L'ossification de l'appendice n'est complète que vers 30 à 45 ans. Vers 50 ou 60 ans, il se soude au corps du sternum.

CHAPITRE II

Historique

Les anciens chirurgiens parlaient beaucoup de luxations de l'appendice xiphoïde. On comprend en effet que les violents réflexes douloureux au point de départ du creux épigastrique à la suite de coup, de chute, avaient frappé leur imagination. Ils rapportaient même la cause de certaines affections abdominales à des lésions traumatiques ou pathologiques du cartilage.

Ils signalaient donc la luxation comme fréquente, en décrivaient même les symptômes, mais aucun ne dit l'avoir observée.

A. Paré parle de cette luxation. Il ne croit pas possible la luxation traumatique : « Le commun estime que le dit cartilage tombe, mais il est si bien attaché à l'os sternum qu'il n'a garde de cheoir ».

En revanche, il considère que la luxation pathologique est fréquente : « Combien qu'imbu et abreuvé de beaucoup d'humidité séreuse qui souvent, nage en l'orifice supérieur du ventricule, tel cartilage puisse

être relasché et arraché de sorte qu'on le disait estre tombé et séparé de son os sternum ».

Mais plus tard, Malgaigne, dans son édition des œuvres d'Ambroise Paré, fait remarquer que précisément cette luxation traumatique à laquelle A. Paré ne croyait pas existe, tandis que la luxation pathologique n'est qu'une hypothèse.

La luxation de l'appendice dans le même siècle intéresse encore un chirurgien italien qui la décrit avec force détails, en donne les symptômes réels ou imaginaires, mais sans en citer aucun fait.

Codronchi : De morbo novo, prolapsu nampve cartil. mucronatæ libellus. Bon 1603.

Dans les ouvrages de Manne, Bossieri, Tourtelle, il en est encore question, mais toujours de la même façon. On décrit la luxation à laquelle on attribue gratuitement beaucoup de symptômes ; on n'en cite aucun fait précis.

D'autres auteurs vont même plus loin.

Sauvages fait des luxations de l'appendice le sujet d'une dissertation *de luxatione cartilaginis xiphoïdæ.*

Il faut arriver au XVIII^e^ siècle pour trouver une observation nette de luxation de l'appendice. La première en date est celle de *Martin*, présentée à l'Académie des sciences en 1737. Nous la reproduisons au chapitre des observations. C'est un cas de luxation traumatique. *Martin* la réduit avec les doigts.

Dans le *Journal général de Médecine*, T. XXII, an XIII, 7 ventôse, Billard, chirurgien de marine, en publie un deuxième cas : Observation sur une opération de gastrotomie pratiquée à la région épigastri-

que à l'effet de redresser le cartilage xiphoïde renversé en arrière par M. Billard, chirurgien en chef de la Marine au port de Brest.

C'est encore un cas de luxation traumatique qui ne put être réduite par les moyens ordinaires.

Billard intervient chirurgicalement, passe un crochet mousse au-dessous du cartilage et le redresse.

Cette opération fut suivie de succès.

Mais elle ne plut pas à tout le monde, à une époque où la moindre intervention chirurgicale était souvent suivie d'infection purulente. Duplay apprécie ainsi la conduite de Billard :

« Quoique cette opération ait réussi, nous ne conseillons pas de la tenter de nouveau ». La troisième observation de luxation de l'appendice xiphoïde que nous ayons trouvée est celle d'*Hamilton*. Un jeune homme de 28 ans était tombé, l'appendice xiphoïde portant sur un chandelier qu'il tenait à la main. Des vomissements survinrent. Le chirurgien ne put réduire la luxation. Il proposa une intervention sanglante qui ne fut pas acceptée. Ce ne fut qu'à la longue que disparurent les accidents. Il nous faut ensuite aller jusqu'en 1851 pour trouver une autre observation. Elle est publiée par Lanoli dans la *Revue médico-chirurgicale* de Paris page, 43.

Un jeune homme souffrait de vives douleurs et de vomissements. Le chirurgien reconnut à l'examen que l'appendice, courbé en arrière, comprimait et irritait l'estomac. Il intervint chirurgicalement et fit l'ablation de l'appendice. L'opération fut couronnée de succès. L'auteur pense que cet appendice courbé en arrière, dont il parle, était un appendice anormal.

Il nous semble plutôt que dans ce cas il s'agissait d'une ancienne luxation de l'organe non réductible et dont la cause avait échappé au patient.

En tous cas, et nous insistons sur ce fait, c'est la première observation d'ablation chirurgicale de l'appendice que nous ayons trouvée.

Cette observation et celle qui nous a été communiquée par M. Civel sont les seules que nous ayons pu trouver dans la littérature médicale.

Dans le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, tome X, 3e série, n° 2, nous trouvons encore une observation de luxation traumatique en arrière de l'appendice, publiée par le Dr *Gallez* de Bruxelles.

Elle put être réduite sans intervention chirurgicale.

Ainsi donc toutes les observations que nous venons de citer par ordre chronologique sont des luxations traumatiques, des luxations d'avant en arrière sauf le cas de Gallez dans lequel on voit la pointe faire saillie en dehors ou en avant.

C'est ensuite une observation de Polaillon que nous voyons relatée dans les *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1877; mais il s'agit ici d'une luxation à la suite de grossesse, c'est la luxation en avant ou en dehors, semblable à l'observation du Dr Civel. Aucune opération ne fut pratiquée.

Enfin nous trouvons une autre observation de luxation, mais de luxation traumatique en arrière. Elle est communiquée par Annandale à la Société de médecine de Londres, en 1889. C'est la dernière que nous ayons trouvée.

L'auteur intervint chirurgicalement et ramena en avant l'appendice luxé en arrière.

CHAPITRE III

Etiologie.

Il résulte de la lecture des observations de luxation de l'appendice xiphoïde que l'on peut décrire deux sortes de luxations de l'appendice xiphoïde :

1° Des luxations en avant ou en dehors, du côté de la peau, dans lesquelles la pointe de l'appendice se porte du côté de la peau ;

2° Des luxations en arrière ou en dedans, du côté de la profondeur, dans lesquelles la pointe de l'organe se trouve dirigée vers la profondeur.

Nous ne parlons que des luxations traumatiques, nous laissons de côté bien entendu les luxations pathologiques auxquelles croyait Ambroise Paré et dont nous ne trouvons aucun exemple dans la littérature médicale.

Tout au plus pourrions-nous faire entrer dans les luxations pathologiques, ou du moins parmi des luxations congénitales, l'observation IV de Seger citée par Malgaigne.

Une femme enceinte fait une chute. L'enfant dont elle accouche présente une mobilité anormale de son appendice xiphoïde ; mais au bout d'un an ce cartilage est devenu fixe et solidement uni au sternum.

1o *Luxations en arrière ou en dedans.* — Ces luxations, dans toutes les observations recueillies, paraissent surtout s'être produites chez des jeunes sujets. Dans l'observation I de Martin, c'est un jeune homme de 18 ans. Dans l'observation II de Billard, c'est un jeune homme de 19 ans. Dans l'observation III d'Hamilton, c'est encore un homme de 28 ans.

Dans l'observation de Lanoli c'est encore un jeune homme de 22 ans. Il est vrai que cette dernière observation est classée comme malformation de l'appendice ; mais il nous a semblé à la lecture de l'observation qu'il devait s'agir d'une luxation traumatique ancienne.

Enfin, dans l'observation VIII d'Annandale, c'est un jeune homme de 32 ans.

Ainsi donc, premier point important : ces luxations en arrière de l'appendice se produisent presque toutes chez des personnes jeunes.

Il nous semble que l'explication de ce fait réside dans la constitution même de l'articulation qui réunit l'appendice au corps du sternum.

En effet Poirier (article *Articulations sternales*) nous dit : « L'appendice xiphoïde primitivement cartilagineux s'ossifie assez tard, lorsque l'ossification est complète vers 50 ou 60 ans, l'appendice est soudé au corps du sternum.

« Chez l'adulte une lame mince, cartilagineuse, sub-

siste entre les pièces créant ainsi une synchondrose ».

On comprend donc qu'un individu âgé qui fera une chute, ou recevra un coup sur l'appendice xiphoïde, aura moins de chance de voir se produire chez lui une luxation de l'appendice, car son appendice devenu osseux est soudé au sternum.

Au contraire, un sujet jeune dont l'appendice est comme relié au corps du sternum par une synchondrose aura besoin d'une force moindre appliquée à l'épigastre pour voir se produire chez lui une luxation.

Ceci d'ailleurs s'accorde parfaitement avec les expériences que nous avons faites sur le cadavre et dont nous parlerons tout à l'heure.

Deuxième point à noter, ces luxations se voient surtout chez des hommes car ce sont eux qui font les travaux pénibles, par conséquent eux qui sont le plus prédisposés aux luxations de toutes sortes.

Enfin, troisième point sur lequel il nous paraît intéressant d'insister, ce sont des coups violents ou des chutes qui sont cause de ces luxations. Tantôt c'est un coup violent porté sur l'appendice, telle l'observation I de Martin ; telle encore l'observation VIII d'Annandale.

Tantôt, au contraire, c'est une chute sur l'appendice, c'est le cas du malade de Billard (Obs. II) qui fait une chute sur le banc d'un canot, d'une façon telle que le banc le frappa au niveau de la région épigastrique.

C'est encore le cas du malade d'Hamilton (Observat. III) qui est tombé en avant d'une façon telle que l'appendice avait porté sur un chandelier qu'il tenait à la main.

C'est donc un traumatisme assez violent qui produira ces luxations. Nous avons cherché à réaliser expérimentalement sur le cadavre des luxations en arrière. Le résultat de nos expériences confirme pleinement ce que nous disions tout à l'heure, à savoir qu'il nous a fallu porter des coups beaucoup plus violents au niveau de l'épigastre pour produire une luxation chez des individus avancés en âge que chez des individus jeunes.

Il nous a fallu sur le cadavre d'un sujet âgé de 69 ans frapper très fort avec le marteau du craniotome d'autopsie pour produire une luxation, tandis que sur le cadavre d'un jeune homme de 20 ans une pression bien moindre a été suffisante.

2° *Luxations en avant ou en dehors.* — Une seule observation de luxation en dehors a été produite brusquement par chute sur l'épigastre. C'est l'observation VI de Gallez de Bruxelles.

Un ouvrier au coke, chétif et de petite taille, qui fait une chute pendant laquelle la région épigastrique porte sur le rebord d'un cylindre dont l'épaisseur ne dépasse guère 1/2 centimètre.

On comprend, en effet, que dans ces cas il se soit produit une luxation en avant, le rebord du cylindre tend à porter en avant la pointe de l'appendice, d'où luxation dans ce sens.

Les autres cas de luxation en avant ou en dehors se voient au contraire tous pendant la grossesse.

Tout d'abord c'est l'observation VII de Polaillon.

Une femme enceinte qui porte un corset très serré pour dissimuler sa grossesse ; au septième mois, sans traumatisme, elle ressent une très vive douleur, et

M. Polaillon consulté constate une luxation de l'appendice. L'auteur suppose que dans un mouvement de flexion en avant la base du corset refoulait en bas la base de l'appendice pendant que l'utérus soulevait la pointe. Une luxation se produisit.

On lit dans la *Revue des Sciences médicales* à propos de l'observation de Polaillon que Mauriceau aurait observé un exemple de ce genre.

Enfin, dans le cas qui a été le point de départ de notre thèse, l'observation IX de Civel de Brest, c'est à une grossesse antérieure d'il y a six ans que remonte l'époque d'apparition des troubles dont se plaint la malade.

Pour nous résumer donc, au point de vue étiologique, nous admettons les propositions suivantes :

1° Les luxations en dedans ou en arrière sont surtout fréquentes chez les sujets jeunes, de moins de 30 ans, en particulier des hommes; elles ont pour cause, soit une chute, soit un coup violent portant sur l'appendice ;

2° Les luxations en avant et en dehors succèdent rarement à un brusque et violent traumatisme, elles ont surtout pour cause la pression exercée par l'utérus gravide sur l'appendice.

CHAPITRE IV

Symptômes et diagnostic.

Nous avons vu dans le chapitre précédent combien différait l'étiologie des deux variétés de luxation de l'appendice xiphoïde.

Mêmes différences encore entre les deux variétés de luxations au point de vue de leurs symptômes :

1° Les luxations en arrière ou en dedans se produisent par un symptôme fonctionnel : c'est la *douleur*.

Cette douleur est violente, nous la voyons signalée dans l'observation de Billard où le novice du *Foudroyant* tombe sur un banc de canot.

Elle est encore signalée dans l'observation d'Hamilon où un jeune homme tombe et dont la région épigastrique porte sur un chandelier.

Enfin Annandale dit que son malade qui avait reçu un coup violent à l'épigastre souffre beaucoup.

Cette douleur est accompagnée d'un autre symptôme fonctionnel : les *vomissements* apparaissant dès le début et persistant. Le malade de Martin fut pris

de vomissements incoercibles. Celui de Billard est pris de vomissements, « et transporté dans une maison voisine il reste en proie à des vomissements persistants. Différents remèdes administrés ne le soulagent en rien, et comme il ne gardait aucun aliment, il tomba dans un état de faiblesse et d'émaciation extrêmes ».

Le malade d'Hamilton a encore beaucoup de vomissements, de même celui de Lanoli qui est « tourmenté par des vomissements fréquents amenant peu à peu son dépérissement complet ».

De même encore le malade d'Annandale.

La cause de ces vomissements persistants paraît facile à interpréter. C'est sans doute la pointe de l'appendice qui bute contre la face antérieure de l'estomac et vient irriter les filets du pneumogastrique ramifié sur cet organe.

Les vomissements peuvent être des vomissements sanglants, témoin l'observation d'Annandale où il y avait même du melœna. La cause paraît être rapportée à une contusion gastrique par la pointe de l'appendice, plus rarement à une lésion de l'intestin grêle ou du gros intestin, car ce n'est que dans les cas anormaux que le creux épigastrique est occupé par le côlon transverse qui est alors considérablement dilaté.

Douleur et vomissements attirent donc l'attention.

La luxation est facilement reconnue dans la plupart des cas. Lanoli dit dans son observation qu'il reconnut l'appendice recourbé en arrière.

Dans les luxations que nous avons produites expérimentalement, nous avons constaté qu'il était facile par la palpation de s'en rendre compte.

On peut en effet passer les doigts derrière l'appen-

dice en déprimant la paroi abdominale et constater que l'organe n'occupe plus sa situation normale.

Ce sont là les renseignements que donne la palpation. L'inspection pourrait à première vue fournir quelques indices en permettant de constater une dépression (en godet), exagération du creux épigastrique et que nous avons retrouvée dans tous les cas de luxation expérimentale.

2° *Luxations en avant ou en dehors.* — Ce groupe de luxations paraît ne se traduire que par un seul symptôme fonctionnel : la douleur, mais en revanche cette douleur est très vive, aussi vive que les douleurs qui surviennent à la suite des luxations en arrière ; en effet, l'ouvrier dont il est fait mention dans l'observation de Gallez ressent une douleur si vive qu'elle « le force incontinent à abandonner sa besogne ».

De même la malade de Polaillon ressent une vive douleur au creux de l'estomac « douleur réveillée par le frôlement des vêtements et qui devint cruelle pendant l'accouchement », et enfin dans l'observation qui fait l'objet de notre thèse, le docteur Civel insiste longuement sur les douleurs que ressentait la malade. Dans ce cas, tout comme dans l'observation de Polaillon, la malade ressent des douleurs de plus en plus vives : au début, simple sensation de gêne, la malade s'en prend à son corset qu'elle modifie ; les douleurs deviennent encore plus fortes, le simple contact du linge, des draps la nuit ne peut être supportée ; il y a de l'insomnie ; aux repas la pression de l'appendice sur le rebord de la table détermine des douleurs syncopales, quand il y a un mouvement d'inattention de la part de la malade.

Mais qu'on nous permette d'y revenir : ces douleurs aussi vives qu'elles soient ne sont jamais accompagnées de vomissements comme dans les luxations en arrière ou en dedans, ceci se comprend fort bien : la pointe de l'appendice xiphoïde ne vient plus irriter les filets du pneumogastrique. Gallez, dans son observation, insiste sur ce point et dit qu'à part la douleur le blessé n'eut pas d'ecchymose, pas de vomissements.

Les signes physiques sont en revanche beaucoup plus nets que dans le cas précédent. L'inspection permet d'apercevoir non plus une dépression, mais une pointe sous-tégumentaire.

Nous renvoyons à l'observation de Gallez.

Cet auteur constate l'existence d'une tumeur du volume d'une petite amande à la région douloureuse. De même encore dans l'observation du docteur Civel, la simple inspection permet de reconnaître quelque chose d'anormal, mais c'est surtout la palpation de la région qui fournit des renseignements importants, et dans le cas de luxation traumatique brusque, on voit se produire un phénomène singulier : en appuyant de haut en bas avec une certaine force sur le sommet de la tumeur Gallez la fait sauter à la façon d'un ressort, elle se rabat avec un craquement sec dans le sens du prolongement sternal et l'auteur peut facilement reproduire et réduire cette luxation ; cette manœuvre provoque une douleur extrêmement vive. Ce chirurgien compare le phénomène au « déclic sec des petites boîtes à allumettes-bougie dont l'ouverture et la fermeture s'opèrent brusquement ». Mais dans l'observation de M. Civel il n'en est pas de même, car il ne s'agit plus

d'une luxation traumatique brusque comme dans le cas précédent. C'est une luxation qui s'est produite peu à peu graduellement sous l'influence de l'utérus gravide.

Nous n'avons vu dans les observations aucune complication mentionnée, nous pensons cependant qu'on peut en trouver ; en effet, au cours de nos expériences sur le cadavre, nous avons pu voir dans un cas de luxation en arrière ou en dedans une dépression de la face supérieure du foie.

Nous nous empressons d'ajouter que ce sujet possédait un appendice xiphoïde ayant près de six centimètres et avait le foie hypertrophié. A part cette complication, ainsi que la contusion gastrique sur laquelle nous avons suffisamment insisté dans les pages précédentes, nous ne croyons pas qu'on puisse redouter d'autres blessures des viscères sous-jacents.

Nous serons bref sur le diagnostic différentiel. D'abord dans le cas de luxation en arrière la simple notion du traumatisme, l'existence de douleurs, de vomissements, le godet de la région, ne permettent pas de penser à autre chose qu'à une luxation. Au contraire dans les luxations en avant ou en dehors anciennement produites le médecin non attentif pourrait croire à un exostose, mais on sait que les exostoses ne s'accompagnent pas de douleur.

CHAPITRE V

Traitement.

On pourra voir à la lecture des observations que nous reproduisons, combien divers ont été les traitements appliqués aux luxations de l'appendice xiphoïde.

Sur les neuf cas de luxations en avant ou en arrière nous voyons : 1o Un cas de réduction par manœuvres externes, sans intervention sanglante pratiquée par Martin ;

Et un deuxième cas (observation de Gallez).

2° Deux cas de réduction après intervention sanglante : le cas de Billard et l'observation d'Annandale :

3° Enfin deux cas de résection : l'observation de Lanoli et l'observation de Civel.

Dans les trois autres cas le malade refusa toute opération, l'économie s'est habituée peu à peu aux troubles que provoquait la luxation.

Examinons successivement ces différentes modes

de traitement : réduction simple, réduction sanglante, et essayons de tirer les indications opératoires.

A. — *Réduction simple.* — C'est l'observation de Martin qui saisit entre les doigts l'appendice déplacé en arrière et le remit en position normale ; il entend un petit craquement au moment de la réduction.

C'est encore l'observation de Gallez qui réduit un cas de luxation en avant et qui maintient la réduction par de petites compresses appliquées contre le sommet de l'appendice qui avait tendance à se relever, il le fixe en place par des bandelettes d'emplâtre agglutinatif. Nos critiques de ce mode de traitement se basent sur les expériences que nous avons eu l'occasion de pratiquer sur le cadavre dans 3 cas de luxations en arrière que nous avons produites et qu'il nous a été toujours facile de réduire. Voici la manœuvre que nous préconisons : Le pouce laissé sur la face antérieure de l'appendice xiphoïde, les quatre autres doigts de la main déprimant la paroi abdominale cherchent à s'appliquer sur la face postérieure du segment luxé ; on ramène brusquement et d'un coup sec l'appendice en avant : c'est une méthode qui nous semble simple et facile à réaliser.

Pour les cas de luxations en avant, on peut mettre en pratique la même manœuvre, mais naturellement en repoussant l'appendice en arrière. Il est certain que lorsqu'il s'agira de cette forme on pourra appliquer un bandage de corps après avoir mis un tampon d'ouate sur l'appendice luxé.

Sur le vivant, la manœuvre semble aussi simple, et nous pensons qu'on pourra toujours essayer cette

réduction lorsque la luxation sera récente. Si elle ne donne pas de résultats sans anesthésie, peut-être en raison des douleurs et des nausées qu'elle éveille chez le malade, il ne faudra pas hésiter à la pratiquer sous chloroforme, et cette tentative de réduction sous un anesthésique général, en cas d'insuccès pourra être le premier temps d'une réduction sanglante.

B. Réduction sanglante. — Le premier cas de réduction sanglante a été pratiqué par Billard en 1802. Il fit une incision au côté droit de l'appendice, fit passer un crochet mousse au-dessous de l'appendice et put le redresser facilement. L'autre observation est celle d'Annandale, mais n'oublions pas que dans ce cas il existait indépendamment de la luxation de l'appendice une dépression des cartilages des septième, huitième et neuvième côtes. L'auteur divisa ces cartilages et redressa l'appendice après l'avoir séparé du sternum.

Il faut remarquer que chez ces deux malades, il s'agissait de luxations anciennes, ou du moins dans le cas de Billard la luxation remontait déjà à 2 mois. Dans le cas d'Annandale le traumatisme s'était produit huit ans auparavant. Il nous semble donc que cette opération doive être réservée aux cas de luxations anciennes.

Billard incise sur le côté de l'appendice pour le redresser ; cette conduite ne nous paraît pas rationnelle, car il se peut qu'au cours de l'intervention, si la luxation est très ancienne, il soit impossible de redresser l'appendice et qu'on soit obligé de recourir à la résection.

Les expériences que nous avons faites sur le cada-

vre nous ont montré que l'incision latérale satisfaisante pour le redressement de l'appendice était insuffisante pour la résection. Aussi donnons-nous la préférence, pour la réduction sanglante, aussi bien que pour la résection, à l'incision nettement médiane.

C. Résection. — Les deux cas de résection sont ceux de Lanoli qui remontent à 1851 et enfin celui de Civel qui fait l'objet de notre thèse.

Lanoli incise le long de l'appendice, glisse sur son doigt un bistouri boutonné et coupe à sa base le cartilage qu'il enlève ; cette opération avec incision latérale et section avec le bistouri boutonné nous paraît bien timide, mais il ne faut pas oublier qu'elle fut pratiquée à une époque où l'infection purulente compliquait toute intervention.

L'opération de Civel semble réaliser le type de la résection xiphoïdienne.

Ce chirurgien fait une incision verticale de 5 centimètres directement sur l'appendice, il dissèque avec soin la couche cellulo-graisseuse de façon à bien séparer l'organe.

Il incise toujours sur la ligne médiane le plan fibro-périostique recouvrant l'appendice, il décolle au couteau, car la rugine, dit-il, mord mal dans cette région.

Il pousse le décollement jusque sur les bords et l'extrémité de l'organe est saisie dans les mors d'une pince à griffes.

La face postérieure est séparée des plans profonds avec l'aide du couteau et de la rugine.

La section du cartilage est pratiquée au couteau de la face antérieure vers la face postérieure. La

section est continuée à la pince gouge jusqu'au niveau d'une ligne transversale réunissant les cartilages des fausses-côtes. La portion enlevée mesure de 30 à 35 millimètres. La plaie est fermée à l'aide de deux fils à suture croisés en huit, de façon à bien resserrer les plans profonds et éviter l'hématome.

En somme le Dr Civel fait une résection sous-périostée ; qu'on nous permette quelques considérations tirées de nos expériences sur le cadavre.

D'abord l'incision. Il nous semble que l'incision verticale et médiane est la meilleure, une longue incision donne beaucoup de jour, il est nécessaire qu'elle empiète sur la partie la plus inférieure de la face antérieure du corps du sternum. Elle doit aussi dépasser d'un travers de doigt le sommet de l'appendice : en effet, à ce niveau se trouvent des plans fibreux aponévrotiques résistants, sur lesquels peuvent venir se perdre des faisceaux musculaires du grand droit qu'il est nécessaire de sectionner pour opérer directement sur la face antérieure de l'appendice xiphoïde.

La peau et le tissu sous-cutané sectionnés, nous conseillons d'inciser toujours franchement jusqu'à ce que le bistouri soit arrêté par un plan résistant ; on est alors arrivé sur l'os. C'est le moment d'abandonner l'instrument tranchant et on peut prendre la rugine.

Le Dr Civel ne l'a pas employée craignant les échappées. Sur le cadavre cependant l'emploi de cet instrument nous a facilité l'opération. Pour le reste de l'opération la technique de Civel nous paraît très rationnelle, c'est-à-dire qu'on saisira le sommet de l'appendice avec une pince à griffes ou une pince de Kocher,

on sépare la face postérieure des plans fibro-périostiques sous-jacents, on coupe l'organe à sa base. Le bistouri suffit s'il s'agit d'un sujet jeune. S'il s'agit d'un sujet âgé, dont l'appendice est entièrement ossifié, on sera obligé de terminer l'opération avec une pince coupante.

Nous n'avons jamais ouvert le péritoine dans nos opérations ; en effet, il y a toujours un plan de clivage représenté par le plan fibro-périostique et un amas graisseux.

Qu'on nous permette d'insister sur un point de détail qui termine l'opération. Nous voulons parler du rapprochement des muscles grands droits de l'abdomen. Nous avons constaté qu'il restait un espace béant occupé primitivement par l'appendice. C'est là un point de moindre résistance où pourrait se faire une hernie : aussi pensons-nous qu'on pourra rapprocher les deux droits.

C'est encore là une des raisons pour lesquelles nous préférons l'incision médiane verticale à l'incision latérale.

Pour rapprocher les muscles nous faisons une suture avec des doubles crins transversalement placés. Le double crin est conduit avec l'aiguille à travers la peau à peu de distance du bord de section de la peau. L'aiguille va chercher ensuite le plus de muscle droit possible.

Elle ramasse dans la profondeur le plan fibro-aponévrotique et va ressortir de l'autre côté de l'appendice xiphoïde, prenant beaucoup de muscle et peu de peau. On serre fortement en ayant soin d'affronter et on noue.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (de Martin).

Académie des Sciences, 1737.

Un jeune homme de 18 ans fut pris de vomissements incoercibles, après avoir reçu un coup qui avait enfoncé l'appendice xiphoïde. Martin saisit entre ses doigts l'appendice déplacé et le ramena à sa position normale.

Au moment de la réduction, il entendit un petit craquement.

OBSERVATION II (de Billard).

Sur une opération de gastrotomie pratiquée à la région épigastrique à l'effet de dresser le cartilage xiphoïde renversé en arrière, par M. Billard, chirurgien en chef de la Marine au port de Brest, lue à la Société le 7 ventôse an XIII. *Journal général de médecine*, t. XXII, p. 263.

Le nommé Tahier, âgé de 19 ans, novice à bord du *Foudroyant*, tomba sur le banc d'un canot de telle façon qu'il fut frappé à la région épigastrique. Il éprouva une vive douleur et fut pris de vomissements. Transporté dans une

maison voisine, puis à l'hôpital, il continua à accuser de cruelles souffrances au point blessé et resta en proie à des vomissements persistants. Différents remèdes administrés ne le soulagèrent en rien, et comme il ne gardait aucun aliment, il tomba dans un état de faiblesse et d'inanition extrêmes. Les choses en étaient là depuis un mois, quand M. Billard ayant reconnu une luxation de l'appendice xiphoïde, se décida à intervenir chirurgicalement.

Il pratiqua une incision au côté droit de l'appendice xiphoïde, fit passer un crochet mousse au-dessous de ce cartilage et put le redresser.

Aussitôt la luxation réduite, les douleurs disparurent, les vomissements cessèrent. La guérison ne fut traversée par aucun accident.

OBSERVATION III (d'Hamilton).

Un jeune homme de 28 ans tomba, l'appendice xiphoïdal portant sur un chandelier qu'il tenait à la main. Des vomissements survinrent. Hamilton ne put réduire la luxation, il proposa une intervention sanglante qui ne fut pas acceptée. Ce ne fut qu'à la longue que disparurent les accidents.

OBSERVATION IV (de Seger. Citée par Malgaigne).

Luxation congénitale.

Une femme enceinte fit une chute. L'enfant dont elle accoucha présentait une mobilité anormale de son appendice xiphoïde. Malgré cela, il prospéra. Au bout d'un an ce cartilage était devenu fixe, solidement uni au sternum.

OBSERVATION V (de Lanoli).

Revue méd. chir. de Paris, t. XIII, p. 43.

Un jeune homme de 22 ans était tourmenté par de vives douleurs à la région épigastrique et par des vomissements fréquents amenant peu à peu son dépérissement complet. Lanoli reconnut que l'appendice xiphoïde, courbé en arrière, comprimait et irritait l'estomac. Il proposa une opération qui, acceptée, fut pratiquée le 4 février 1851. Une incision le long de l'appendice lui permit de constater par le toucher qu'il était retourné en crochet. Il glissa sur son doigt un bistouri boutonné et coupa à sa base le cartilage xiphoïde qu'il enleva. Les suites de l'opération furent simples. Le patient complétement soulagé, guérit de ses vomissements, put quitter son lit au bout de 8 jours.

Revu 8 mois après il était complétement guéri.

OBSERVATION VI (de Gallez de Bruxelles, 1876).

Bulletin de l'Académie royale de Médecine de Belgique, t. X, 3e série, no 2.

Le 1er février 1876, François L..., ouvrier au coke des hauts fourneaux à Chatelet, chétif et de petite taille, âgé de 53 ans, en voulant prendre un morceau de coke demeuré au fond d'un cylindre en tôle de 88 centimètres de haut, servant de récipient glissa et dans la chute qui en résulta la

région épigastrique porta avec violence sur le rebord du cylindre dont l'épaisseur ne dépassait guère 1/2 centimètre.

Il ressentit une douleur excessivement vive qui le força incontinent à abandonner sa besogne.

Il vint immédiatement me trouver : A l'inspection de la région douloureuse je constatai l'existence d'une petite tumeur du volume d'une forte amande. En appuyant de haut en bas avec une certaine force sur le sommet de cette tumeur je la fis céder brusquement à la façon d'un ressort. Elle se rabattit avec un claquement sec dans le sens du prolongement sternal.

Les docteurs Quarré et Billy se trouvaient précisément chez moi. Je leur fis voir le blessé et devant eux je pus facilement reproduire et réduire cette bizarre luxation. La manœuvre provoquait une douleur très vive mais qui n'avait que la durée du mouvement de détente imprimé à l'appendice.

Je ne puis comparer le phénomène qu'on pouvait ainsi déterminer qu'au déclic sec de l'opercule des petites boîtes d'allumettes-bougies pour fumeurs dont l'ouverture comme la fermeture s'opèrent brusquement au moyen d'une petite charnière en caoutchouc.

OBSERVATION VII (de Polaillon).

Bulletin de la Société de chirurgie, 1877, p. 9.

Une femme de 35 ans, enceinte, portait un corset très serré pour dissimuler sa grossesse.

Au septième mois, sans traumatisme, elle ressentit une douleur au creux de l'estomac, douleur réveillée par le frô-

lement des vêtements, par la digestion et qui devint cruelle pendant l'accouchement.

M. Polaillon constata une luxation complète du cartilage xiphoïde dont la base avait abandonné l'extrémité inférieure du sternum et s'était portée en arrière tandis que la pointe faisait saillie en avant.

Cet appendice avait pris une direction perpendiculaire à l'os sternum. La réduction fut impossible. Cependant l'économie s'habitua à cette lésion et la malade arriva à ne plus être gênée par elle.

M. Polaillon croit que la luxation s'est produite subitement à l'occasion de quelque effort fait par cette femme. Il reconnaît néanmoins qu'elle a pu se faire progressivement sous l'influence d'une pression exagérée par le corset.

OBSERVATION VIII (d'Annandale).

Semaine médicale 1889
Société de médecine de Londres 1889.

Irritabilité persistante de l'estomac guérie par la laparotomie et le redressement de l'appendice xiphoïde.

Un homme de 32 ans avait reçu un violent coup à l'épigastre huit ans avant son entrée à l'hôpital. L'accident avait été suivi de vomissements de sang et de melœna, puis de douleurs et de nausées qui avaient résisté à tout traitement.

En septembre dernier le malade fut obligé de quitter son travail ; on constata une dépression de l'appendice xiphoïde et du cartilage des septième, huitième et neuvième côtes. Supposant qu'il existait en outre une hernie diaphragmatique ou des adhérences de l'estomac, Annandale se décida

à explorer l'abdomen. L'opération fut faite le 4 septembre, mais on ne trouva ni hernie ni adhérences.

On divisa les cartilages costaux déprimés et on redressa l'appendice xiphoïde après l'avoir séparé du sternum. La guérison se fit sans accident. Actuellement l'opéré a repris son travail, les douleurs et les nausées ont complétement disparu.

OBSERVATION IX (Du docteur Civel).

Mme X..., 35 ans, de C... (Morbihan).

La malade qui fait l'objet de cette observation est une personne vigoureuse, bien constituée ; elle n'a jamais eu de maladie antérieure, elle présente une conformation normale du thorax et des autres os du squelette.

Pas de nervosisme. Deux grossesses, la dernière il y a six ans.

L'époque d'apparition des troubles dont elle se plaint remonterait à cette grossesse.

Peu à peu elle a commencé à ressentir une sensation de gêne au creux épigastrique.

Elle a incriminé tout d'abord son corset qu'elle a modifié. Elle a fini par le supprimer, la gêne a continué.

Depuis trois ans les troubles se sont aggravés.

La malade ne pouvait même plus porter de vêtements légèrement ajustés. Les mouvements de flexion du tronc sur le bassin déterminaient une douleur siégeant au niveau de l'appendice xiphoïde. Dans la station debout l'appendice formait une saillie au creux épigastrique.

Le moindre frôlement devenait insupportable. Au lit la pression des draps était parfois mal supportée.

Aux repas, la pression de l'appendice sur les bords de la table, lorsqu'elle se produisait, déterminait des douleurs syncopales.

Découragée et fatiguée de toujours souffrir la malade est venue consulter le Dr Civel en juillet 1903 pour savoir s'il n'était pas possible d'enlever cette tumeur épigastrique qu'elle sentait bien et à laquelle elle attribuait ses souffrances.

A l'examen, l'appendice xiphoïde présentait les signes d'une luxation en avant.

Son extrémité pointait directement en avant et un peu à droite, il était facile de la contourner. Le corps de l'appendice était mobile, les mouvements communiqués réveillaient les douleurs dont se plaignait la malade.

Dans la zone environnante la pression n'éveillait pas de sensibilité.

Aucun trouble du côté de l'estomac ou du côté de la digestion.

Le Dr Civel proposa à la malade l'extirpation de l'appendice qui lui paraissait seul en cause. L'opération fut pratiquée en janvier 1904.

Voici quel fut le manuel opératoire que suivit le Dr Civel.

Après chloroformisation, nous dit-il, je fis une incision verticale de cinq centimètres directement sur l'appendice.

Je disséquai la couche cellulo-graisseuse de façon à bien dégager l'appendice.

J'incisai sur la ligne médiane du plan fibro-périostique recouvrant l'appendice et je décollai au couteau, la rugine mord mal dans cette région, le couteau à os est préférable, il permet mieux d'éviter les échappées.

Le décollement poussé jusque sur les bords, l'extrémité de l'appendice fut saisie à l'aide d'une pince à griffes. La face postérieure fut séparée des plans profonds au couteau et à la rugine courbe.

La résection du cartilage fut pratiquée au couteau, de la face antérieure vers la face postérieure.

La résection fut continuée à la pince-gouge jusqu'au niveau d'une ligne transversale réunissant les cartilages des fausses-côtes.

La portion enlevée mesurait de 30 à 35 millimètres.

La plaie fut fermée à l'aide de deux fils à suture, croisés en huit, de façon à bien réunir les plans profonds et éviter tout hématome.

Les suites opératoires furent simples.

Le résultat définitif a été excellent.

Depuis l'opération la malade n'a plus ressenti les douleurs qu'elle éprouvait.

Actuellement elle peut porter un corset et des vêtements ajustés sans la moindre gêne.

CONCLUSIONS

1o Il existe deux grandes variétés de luxations de l'appendice xiphoïde ;

a) Les luxations en dedans ou en arrière, elles sont fréquentes chez les sujets âgés de moins de 30 ans, en particulier les hommes. Elles ont pour cause une chute ou un coup violent portant sur l'épigastre ;

b) Les luxations en avant ou en dehors succèdent rarement à un brusque et violent traumatisme. Elles ont surtout pour cause la pression lente et graduelle exercée par l'utérus gravide sur la face postérieure de l'appendice xiphoïde.

2° Les luxations en arrière ou en dedans s'accompagnent de douleurs violentes, de vomissements persistants. Les luxations en avant ou en dehors ne s'accompagnent pas de vomissements, mais les douleurs sont aussi vives que dans la forme précédente.

3° En présence d'une luxation en arrière ou en dedans qui vient de se produire, nous conseillons

tout d'abord de tenter la réduction simple : elle doit réussir dans la majorité des cas.

La réduction sanglante et la résection seront réservées aux cas anciens.

Les luxations traumatiques en avant ou en dehors donnent lieu aux mêmes considérations, mais les luxations lentes qu'on pourrait appeler gravidiques justifieront surtout, du fait de leur mode d'apparition, une thérapeutique sanglante.

Vu : le Président de la thèse,
P. BERGER

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Annandale. — Société de médecine de Londres, 1889.

Billard. — Journal général de médecine, T. XXII, an XIII, 7 ventôse.

Codronchi. — De morbo novo. prolapsu nampve cartil-mueromatæ libellus. Bon, 1603.

Cruveilhier. — Anatomie descriptive.

Dechambre. — Dictionnaire.

Delorme et Mignon. — Revue de chirurgie, 1895. Incision et ponction du péricarde.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie.

Gallez de Bruxelles. — Bulletin de l'Académie royale de Belgique T. X, 3e série, no 2.

Hamilton. — Traité des fractures et luxations.

Head. — On disturbances of sensations, 1893 et 1894.

Heister. — De luxatione cartilaginis xiphoïdæ, 1605.

Lanoli. — Revue médico-chirurgicale de Paris, 1851, p. 43.

Malgaigne. — Edition des œuvres d'A. Paré.

Martin. — Académie des Sciences, 1737.

Paré (A.).

Poirier. — Anatomie descriptive.

Polaillon. — Société de chirurgie, 1877.

Rocchini. — Annales d'obstétrique et de gynécologie, 1895.

Sappey. — Anatomie descriptive.

Testut. — Anatomie descriptive.

Imp. de la Faculté de médecine, H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE